

Quando il medico sbaglia

di Cesare Fassari

Novantasette italiani su cento ritengono che gli errori in medicina siano un problema importante, di cui preoccuparsi. Spaventati come noi, solo i polacchi e i lituani (Eurobarometer, 2006). Nel passato l'errore del medico non esisteva in quanto tale o quanto meno non era come tale diagnosticato. Esisteva la resa del medico di fronte all'ineluttabile. Non la sua imperizia. E il malato e i suoi familiari si ponevano verso la guarigione non come verso un traguardo plausibile e anzi doveroso quanto verso una possibilità più miracolistica che scientifica.

Oggi la malattia è vissuta come un imprevisto, un problema, un qualcosa che non doveva accadere e che pertanto va stroncata, eliminata, rimossa. Il nuovo medico, d'altra parte, sia per una sostanziale perdita di status e di autorevolezza, sia per la esasperata specializzazione negli studi e nella pratica medica, sia perché nessuno ha mai provveduto seriamente a insegnargli come, quando e cosa comunicare con il proprio paziente, si trova in una condizione scomoda. Il linguaggio quasi esoterico del passato non può più essere utilizzato. Di fronte ha spesso persone superinformate del proprio male (o quantomeno convinte di esserlo), che non accettano ricette oscure, dubitative o evasive ma pretendono risposte chiare e positive, sempre. Il tentativo di protocollare un percorso di comunicazione attraverso il consenso informato è fallito e si è risolto nel migliore dei casi in un frettoloso disbrigo burocratico, vissuto dal paziente come una specie di delega al buio e dal medico come una sorta di sgravio di responsabilità rispetto a ciò che potrebbe accadere.

Non molto diversa è la situazione della comunicazione tra paziente e struttura sanitaria. Quest'ultima è vista infatti come l'apparato, l'alveare entro il quale districarsi per ottenere il dovuto. In rari casi essa riesce a supplire alle carenze del rapporto personale tra medico e paziente. In questo clima di "non comunicazione" il sentimento più naturale ad emergere è quello della sfiducia. Della sostanziale diffidenza verso medico, équipe e struttura. Verso le stesse terapie. Il contrario di quella condivisione della diagnosi e della terapia, compresi rischi, difficoltà, margini di successo ed efficacia, che dovrebbe essere la base di un sano, moderno, civile ed etico rapporto tra struttura, medico e persona assistita.

Negli Stati Uniti c'è un luogo, nella maggior parte degli ospedali universitari, che si chiama "Conferenza sulla morbilità e la mortalità". Un luogo che è riuscito a restare tutelato per legge dagli attacchi degli avvocati e che ospita incontri a porte chiuse per discutere gli errori, le complicazioni e le morti che si sono verificate durante i turni, appurando le responsabilità e soprattutto cercando di capire come comportarsi la volta successiva in una situazione analoga o similare. Affinché l'errore non si ripeta.

In Italia non mi risultano esperienze analoghe. È importante che se ne inizi a parlare. Per il bene del medico, della sanità e di noi tutti.

Intervista esclusiva a Marco Cappato, candidato per la Rosa nel Pugno alla Camera

"L'obiettivo è abolire la legge 40"

Marco Cappato, deputato europeo della Lista Bonino tra il '99 e il 2004, è oggi segretario nazionale dell'Associazione Luca Coscioni per la libertà di ricerca scientifica e candidato con la Rosa nel pugno per la Camera dei Deputati in Lombardia, Piemonte, Liguria, Emilia Romagna e Toscana.

Gli abbiamo rivolto alcune domande per comprendere il ruolo della Rosa nel Pugno all'interno dell'Unione, secondo alcuni non coerente con le storiche posizioni radicali in favore di una liberalizzazione dell'economia e del welfare, che nel 2000 li avevano condotti a proporre un referendum per l'eliminazione del "monopolio" del finanziamento pubblico al Ssn.

Cappato, molti osservatori sostengono che la vostra collocazione nell'Unione non sia coerente con le vostre storiche prese di posizione in favore di una sostanziale liberalizzazione dell'economia e del welfare? È così?

Liberalizzare l'economia significa abbattere barriere monopolistiche, ordini professionali e corporativismi che affondano le radici nel fascismo e nel compromesso storico tra democristiani e comunisti. Ne guadagnerebbero le categorie sociali oggi meno garantite, ad esempio trasferendo risorse da meccanismi assistenzialistici, come la cassa integrazione straordinaria, a forme di reddito minimo garantito e di investimenti in formazione e riqualificazione professionale. Politiche liberali e sostegno alle classi sociali più deboli non sono obiettivi contraddittori, come ci insegnano Blair e Zapatero, ma anche Ernesto Rossi e Gaetano Salvemini.

Confermate le vostre posizioni sul sistema sanitario italiano che vi avevamo portato a chiedere un referendum

I temi del referendum del 2000 contro il finanziamento pubblico del Ssn non sono all'ordine del giorno, ma occorre porre attenzione allo "strapotere clericale nella sanità privata"



nel 2000 per eliminare il monopolio del finanziamento pubblico al Ssn, scardinandone in tal modo la sua stessa natura di sistema solidale basato sulla fiscalità generale?

La Rosa nel Pugno - che nasce dall'iniziativa dello Sdi, dell'Associazione Coscioni, di Radicali italiani e dell'Fgs - non ha ripreso quell'obiettivo tra i suoi punti di programma elettorale. È una discussione che abbiamo appena avviato, ma voglio sottolineare che il referendum radicale avrebbe comunque mantenuto l'obbligatorietà dell'assicurazione sanitaria, e dunque era perfettamente compati-

bile con interventi di sostegno per persone meno avvantaggiate, anche a spese della fiscalità generale. Su un punto però c'è da stare molto più attenti di 10 anni fa: lo strapotere clericale nella sanità privata.

Perché tanta strenua difesa per la scuola pubblica e tanta antipatia per la sanità pubblica?

La sanità è un servizio pubblico fondamentale, come la scuola. Non sempre il migliore servizio pubblico è fornito dallo Stato. Il punto che unisce oggi, in Italia, sanità pubblica e scuola pubblica è la necessità di creare un argine contro il dilagare di una gestione clericale di servizi essenziali. Per la scuola, siamo contro al finanziamento con soldi pubblici di scuole confessionali, che non garantiscono piena libertà all'insegnante e all'allievo. Per la sanità, ci battiamo perché il paziente e il medico decidano in scienza e coscienza e autonomia sulle proprie cure. In uno Stato laico sarebbe possibile imporre che anche servizi forniti da privati siano effettivamente "pubblici". In Italia, pare sempre meno possibile, dunque ogni "privatizzazione" deve essere accompagnata, oltre che da una verifica di mercato (concorrenza) e di sostenibilità sociale, anche da garanzie di laicità.

Quali iniziative pensate di portare avanti per difendere alcune conquiste storiche della società italiana come il diritto all'aborto, oggi continuamente messe in discussione da un sempre più agguerrito fronte politico?

La legalizzazione dell'aborto ha abbattuto il flagello dell'aborto clandestino e drasticamente ridotto il numero di aborti nel nostro Paese. In altre parole, la legalizzazione ha difeso la vita, promuovendo una maternità consapevole. Il mo-

segue in quarta pagina

ELEZIONI 2006. TUTTI (O QUASI) PER LA SANITÀ PUBBLICA

Nonostante le apparenze sia Cdl che Unione scommettono sul Ssn

Ci siamo. La legislatura è finita. E con essa una campagna elettorale aspra, dura, dai toni apocalittici come non se ne sentivano da tempo. Lo scontro è stato acceso anche sulla sanità.

Con la Cdl arroccata a difesa dello sforzo finanziario fatto nel quinquennio che ha visto raggiungere la cifra record di 91 + 2 miliardi di euro per il Fondo 2006. L'Unione altrettanto ferma nel sostenere che in questi cinque anni il sistema è stato eroso nelle sue basi con politiche contraddittorie e inconcludenti.

Eppure... Eppure c'è un dato sul quale, al contrario delle apparenze, i due contendenti potrebbero trasparentemente convenire: ambedue, nei loro programmi, confermano di credere nel Ssn quale sistema migliore per garantire la salute degli italiani.

Non è poco. Soprattutto se andia-



mo a riconsiderare l'approccio alla sanità che traspariva dal centro destra del 2001, quello dei bonus salute e della libertà di scelta tra sistema pubblico e privato.

Oggi, e forse anche grazie all'esperienza di governo, pur rimanendo presenti in alcune frange liberiste di Forza Italia, i sostenitori della fine del Ssn nella Cdl appaiono in netta minoranza.

Una nuova visione delle cose che

L'Unione preferisce misconoscere per orientare più nettamente il suo elettorato "contro" coloro che dipinge come potenziali distruttori della sanità pubblica. Questo spiega l'atteggiamento quasi difensivo della Cdl in occasione di dibattiti o confronti elettorali dove, all'accusa, quasi sempre reiterata da parte del centro sinistra, di voler affossare il sistema sanitario pubblico, rispondono quasi stupiti "ma come, se vi abbiamo destinato più soldi di quanti ne siano mai stati dati!".

Che dire. Probabilmente in una campagna elettorale da giorno del giudizio, non potevamo aspettarci altro. Tuttavia quel dato, quella sostanziale adesione, anche della Cdl, alla logica di un sistema sanitario pubblico e universalistico, ci conforta, soprattutto pensando al futuro. Chiunque le vinca, queste benedette elezioni.



FRANCESCO STORACE si è dimesso il 10 marzo scorso da ministro della Salute in seguito al coinvolgimento di uomini del suo staff in presunti episodi di spionaggio politico nel corso delle elezioni regionali del 2005. "Sento - ha dichiarato Storace attraverso una nota inviata dal ministero - il diritto di conoscere in tempi brevissimi la verità, perché nulla è più importante del mio onore personale e politico".

L'interim della Salute è stato assunto dal presidente del Consiglio, Silvio Berlusconi, che dovrà compiere alcuni adempimenti indelegabili: portare in Cdm il contratto della dirigenza medica, e siglare le intese con le Regioni su riparto, Piano sanitario nazionale e Piano sulle liste d'attesa.

AMEDEO BIANCO, concluso lo spoglio delle schede elettorali (21 marzo scorso) per il rinnovo del Comitato centrale della Fnomceo, risulta il primo degli eletti con 1.548 voti su un totale di 1.825 voti potenziali. Bianco, presidente dell'Ordine dei Medici di Torino e tra i leader nazionali dell'Anao Assomed, si era già affermato nelle "primarie" informali che hanno affiancato il voto ufficiale. Ora si attende la prima riunione del nuovo C.C. dove dovrebbero avvenire le nomine a presidente, vicepresidente, segretario e tesoriere.

La componente medici del Comitato centrale della Fnomceo per il triennio 2006/2009 comprende: **Amedeo Bianco**, pres. Torino (voti 1.548); **Luigi Conte**, pres. Udine (1.534); **Vincenzo A. Cicconte**, pres. Catanzaro, (1.528); **Nicola D'Autilia**, pres. Modena, (1.510); **Pier Maria Morresi**, pres. Varese (1.471); **Guido Marinoni**, tesoriere Bergamo (1.442); **Pier Giuseppe Conti**, pres. Como (1.432); **Roberto Anzalone**, pres. Milano (1.421); **Maurizio Benato**, pres. Padova (1.416); **Roberto Lala**, vicepres. Roma (1.219); **Salvatore Amato**, pres. Palermo (1.217); **Giuseppe Scalera**, pres. Napoli (1.058); **Raffaele Festa**, pres. Arezzo (999).

La Commissione centrale Albo odontoiatri, i cui primi quattro eletti partecipano al C.C., è invece composta da **Saverio Orazio** (Treviso; voti 236); **Valerio Brucoli** (Milano; 222); **Claudio Cortesini** (Roma; 215); **Raffaele Iandolo** (Avellino; 213); **Giuseppe Renzo** (Messina; 203).

Questi infine i risultati delle votazioni per il Collegio dei Revisori dei Conti: **Salvatore Onorati** (Foggia; voti 1.462); **Ezio Casale** (Chieti; 1.451); **Fabrizio Cristofari** (Frosinone; 1.046); membro supplente è stato eletto **Antonio L. Sulis** (Oristano).

È STATA FIRMATA LA PREINTESA, il 9 marzo scorso, per il rinnovo del contratto dei medici e dirigenti del Ssn, che ora attende il varo in Consiglio dei ministri. La firma porterà nelle buste paga dei camici bianchi un aumento di circa 250 euro lordi mensili. "Un buon punto di incontro" è stato il commento dell'Anao-Assomed, ma di diversa opinione la Fp Cgil medici, che insieme ad altri sindacati ha deciso di non firmare l'accordo.

Una aziendalizzazione giuridica non fa una aziendalizzazione economica

di Federico Spandonaro*

Se una rondine non fa primavera, non può stupire che una scelta giuridica non riesca a creare una svolta economica.

Cesare Fassari nel suo editoriale *Elogio del Lottizzato* (cfr. *Il Bisturi* 5/06) afferma che "il termine azienda appare essere stato scelto unicamente ai fini di un, più che giuridico direi filosofico, richiamo alla visione aziendalistica del management e dell'efficienza, in contrapposizione con l'obsoleta immagine dell'ente pubblico di vecchio stampo": difficile dargli torto!

Preso il coraggio di guardare in faccia la realtà per come è, mi trovo concorde con Fassari nel ritenere che la scelta del management deve rimanere, trasparentemente, posta in capo alla Regione che è la responsabile ultima, finanziariamente

e non solo, delle vicissitudini delle aziende sanitarie pubbliche.

Questo, in primo luogo, perché fra proprietà e management esiste un

naturale mandato di tipo fiduciario; in secondo luogo perché, ribaltando la questione, è bene che la politica (regionale) si prenda, trasparentemente, la responsabilità delle proprie scelte. Ribadisco ancora il "trasparentemente", perché ultimamente vedo assieme ad un ricorrente richiamo alla "trasparenza" delle scelte e delle nomine, riemergere una "nostalgia" per i concorsi, per i requisiti, etc. etc. Personalmente non ho nessuna fiducia nei concorsi e nei requisiti: a mio avviso, in questo campo come in altri, sono solo serviti ad ammantare di finta oggettività decisioni già prese: preferisco che chi ne ha potere, faccia liberamente le nomine che gli competono. Piuttosto si trovi il modo di rendere davvero pubbliche le caratteristiche e le competenze degli scelti (o prescelti) e, successivamente, i risultati ottenuti.

Questa posizione, ovviamente, poggia sulla convinzione e sulla volontà di ritenere l'elettorato sufficientemente maturo per valutare i valutatori. Peccato che, nel mondo reale, le informazioni necessarie per ottemperare al diritto/dovere del giudizio non si abbiano mai. La questione dirimente è però quella che guarda ai motivi del perché non si hanno mai i dati per giudicare; come risposta azzarderei: perché non fa mai piacere lavare i panni sporchi in pubblico. Questo ci fa tornare alla natura delle Asl (e Ah): possiamo parlare di azienda a fronte di organismi che da più di un decennio godono di una sostanziale deroga alle più banali logiche di *accountability*? Non credo sia facile trovare qualcuno pronto a giurare sui bilanci delle Asl (e essere "accountable" non si limita di certo al dato contabile: basti pensare alle logiche del governo clinico, ove essere inadempienti nella dimostrazione delle proprie performance è certamente più grave). Anzi, sembra uno sport nazionale trovare ogni giorno maggiori "disavanzi nascosti" ad ogni cambio di colore politico nelle Giunte.

Non sembra peraltro che qualcuno si scandalizzi (per usare un eufemismo) più di tanto, come avviene invece di fronte ai crack delle aziende (vere) private: e tro-

vo più immorale generare debiti occulti, che pagheranno i nostri figli, che avere la colpa di non onorare obbligazioni prese con investitori che dovevano comunque essere almeno parzialmente consci del rischio che assumevano.

La verità è che crack sanitari, in senso figurato, non ce ne saranno: la Regione coprirà, come copre, a piè di lista i debiti o autorizzerà ad accendere debiti.

Si potrebbero fare tante altre considerazioni, ma i pochi concetti espressi già danno risposte esaurienti. Le aziende pubbliche e quelle private non sono tutte uguali, ma al principio del risultato economico non può derogare né l'una, né l'altra. Mi convincerò che si tratta di "aziende sanitarie pubbliche" quando almeno una "fallirà", perché inefficiente. Oppure si deve desumere che i nostri politici/amministratori sappiano che di irrimediabilmente inefficienti non ce ne sono: si stabilisca allora un piano di rientro per ognuna e poi, come si fa per i fondi di investimento, dichiarato il *benchmark* si controlli il loro "rendimento". Se lo scostamento rimane ci si deve interrogare seriamente: se, infatti, il pareggio non è davvero possibile, allora finalmente mi convincerò che (l'ex) Fsn è sottostimato e dovremo allora coerentemente chiederci di quale presunta inefficienza parlavano le norme di aziendalizzazione degli anni '90. Non credo che l'efficienza sia di destra o di sinistra, come non credo che sia solo delle aziende o di quelle private più di quelle pubbliche: la verità è che ciò che conta è esserne responsabili.

L'attuale sistema deresponsabilizza invece tutti gli attori del sistema: lo Stato perché ha ceduto poteri alle Regioni, le Regioni perché delegano alle Asl, queste perché non riescono ad incidere che marginalmente sulle principali voci di costo e in particolare su quella per il personale (e pure i cittadini che collettivizzano i loro egoismi di campanile). Eppure le cose sembrerebbero davvero essere lineari, solo ad avere il coraggio di andare fino in fondo: diamo alle Asl, davvero, il potere di autodeterminarsi (anche sul versante del personale, fatti salvi i diritti fondamentali); misuriamone le performance economiche, ma ancor prima assistenziali; se vanno in pareggio soddisfacendo i bisogni (almeno quelli appropriati) non ci sono problemi; altrimenti, se si è convinti che lo sbilancio non dipenda da inefficienza, allora coerentemente si aumentino i fondi affrontando gli elettori/contribuenti; se invece si è convinti che persiste inefficienza, si vada sul mercato a verificare altre opzioni (privati, fondazioni miste, etc) che siano in grado di garantire l'assistenza con quelle risorse; in caso negativo si torni all'opzione precedente. Capisco che ricorda il gioco dell'oca... ma la storia insegna che è bene non sottovalutare lo starnazzante animale.

*Coordinatore del Ceis - Facoltà di Economia, Università "Tor Vergata" di Roma

Servono le regole, per tenere alto il livello e sanzionare gli abusi

di Giuliano Cazzola*

A prenderlo sul serio, si direbbe che questa volta il mio amico Cesare Fassari abbia un tantino esagerato: tra fiducia personale sulla persona cui affidare le proprie aziende private e fiducia politica sull'uomo (perché non la donna?) da porre al timone delle proprie aziende pubbli-

che di assistenza sanitaria, la differenza c'è, eccome. Così mi sono convinto che, nel suo ragionamento, Fassari si sia servito della tecnica del paradosso per commentare (e criticare) la leggina che ha equiparato ai requisiti richiesti per divenire direttore generale delle Asl l'aver svolto un mandato da parlamentare o da consigliere regionale. La differenza sta tutta nell'uso dell'aggettivo "proprio": un uso pertinente se si tratta di un'azienda privata, scorretto se pubblica, poiché fino a prova contraria la politica non si impadronisce delle istituzioni pubbliche, ma le amministra per tutto il tempo in cui il popolo sovrano glielo consente. Il rapporto di fiducia politica è ammesso, purché alla base vi sia quel minimo di competenza necessaria a svolgere la funzione alla quale si è chiamati. Essere stati parlamentari o consiglieri regionali non è di per sé un requisito sufficiente ed esaustivo. Naturalmente, so bene che le mie sono soltanto frasi fatte, che anche la normativa più completa nella definizione dei requisiti può essere aggirata e che la discrezionalità del legittimo potere politico finisce sempre per avere la meglio nelle nomine, anche perché chiunque è in grado di esibire una laurea e presentare un curriculum. Neppure il concorso pubblico è al riparo dalle manipolazioni di vario tipo, come dimostrano le frequenti indagini della magistratura. È bene, però, non rinunciare ad un sistema di regole che consenta, almeno sul piano della *moral suasion* di tenere il più alto possibile il livello della lottizzazione e, comunque, di sanzionare pubblicamente - facendo ricorso all'opinione pubblica e alla libera stampa - gli abusi più clamorosi. Purtroppo, il caso ricordato da Fassari non è affatto un'eccezione malevola. Si potrebbe compilare un elenco lunghissimo di prevaricazioni della politica sull'amministrazione. Alla fine degli anni '90, quando c'era da costituire una classe dirigente dei fondi pensione privati ci si accorse che i rappresentanti delle cosiddette parti sociali non avevano quei requisiti di professionalità, richiesti per gli operatori dei mercati finanziari, che la legge aveva reso necessari anche per stare negli organi di *governance* dei fondi. Un provvedimento del Governo di allora equiparò *ope legis*, con presunzione *juris et de jure*, a quei severi requisiti l'aver preso parte ad organismi direttivi dei soggetti chiamati ad istituire i fondi stessi (ovvero le associazioni sindacali e datoriali). Il decreto legislativo n.479/1994 che disciplina la gestione dei maggiori enti previdenziali (250 miliardi di bilancio l'anno) ha stabilito che i componenti dei consigli di amministrazione siano esperti di "assoluta indipendenza". Eppure tali posti sono da sempre meticolosamente lottizzati dai partiti (di governo e di opposizione), al punto che, adesso, un terzo dei consiglieri dell'Inps è candidato alle elezioni del 9 aprile in perfetta logica *bipartisan*. Sempre all'Inps è in atto un braccio di ferro tra il consiglio di amministrazione (dove è presente un dentista di grido) e la Ragioneria generale dello Stato che non ha approvato una modifica regolamentare, votata dal CdA stesso dell'ente, tesa, in pratica, a cooptare come dirigenti generali, alla scadenza del mandato, i propri amministratori.



GIULIANO CAZZOLA

che di assistenza sanitaria, la differenza c'è, eccome. Così mi sono convinto che, nel suo ragionamento, Fassari si sia servito della tecnica del paradosso per commentare (e criticare) la leggina che ha equiparato ai requisiti richiesti per divenire direttore generale delle Asl l'aver svolto un mandato da parlamentare o da consigliere regionale. La differenza sta tutta nell'uso dell'aggettivo "proprio": un uso pertinente se si tratta di un'azienda privata, scorretto se pubblica, poiché fino a prova contraria la politica non si impadronisce delle istituzioni pubbliche, ma le amministra per tutto il tempo in cui il popolo sovrano glielo consente. Il rapporto di fiducia politica è ammesso, purché alla base vi sia quel minimo di competenza necessaria a svolgere la funzione alla quale si è chiamati. Essere stati parlamentari o consiglieri regionali non è di per sé un requisito sufficiente ed esaustivo. Naturalmente, so bene che le mie sono soltanto frasi fatte, che anche la normativa più completa nella definizione dei requisiti può essere aggirata e che la discrezionalità del legittimo potere politico finisce sempre per avere la meglio nelle nomine, anche perché chiunque è in grado di esibire una laurea e presentare un curriculum. Neppure il concorso pubblico è al riparo dalle manipolazioni di vario tipo, come dimostrano le frequenti indagini della magistratura. È bene, però, non rinunciare ad un sistema di regole che consenta, almeno sul piano della *moral suasion* di tenere il più alto possibile il livello della lottizzazione e, comunque, di sanzionare pubblicamente - facendo ricorso all'opinione pubblica e alla libera stampa - gli abusi più clamorosi. Purtroppo, il caso ricordato da Fassari non è affatto un'eccezione malevola. Si potrebbe compilare un elenco lunghissimo di prevaricazioni della politica sull'amministrazione. Alla fine degli anni '90, quando c'era da costituire una classe dirigente dei fondi pensione privati ci si accorse che i rappresentanti delle cosiddette parti sociali non avevano quei requisiti di professionalità, richiesti per gli operatori dei mercati finanziari, che la legge aveva reso necessari anche per stare negli organi di *governance* dei fondi. Un provvedimento del Governo di allora equiparò *ope legis*, con presunzione *juris et de jure*, a quei severi requisiti l'aver preso parte ad organismi direttivi dei soggetti chiamati ad istituire i fondi stessi (ovvero le associazioni sindacali e datoriali). Il decreto legislativo n.479/1994 che disciplina la gestione dei maggiori enti previdenziali (250 miliardi di bilancio l'anno) ha stabilito che i componenti dei consigli di amministrazione siano esperti di "assoluta indipendenza". Eppure tali posti sono da sempre meticolosamente lottizzati dai partiti (di governo e di opposizione), al punto che, adesso, un terzo dei consiglieri dell'Inps è candidato alle elezioni del 9 aprile in perfetta logica *bipartisan*. Sempre all'Inps è in atto un braccio di ferro tra il consiglio di amministrazione (dove è presente un dentista di grido) e la Ragioneria generale dello Stato che non ha approvato una modifica regolamentare, votata dal CdA stesso dell'ente, tesa, in pratica, a cooptare come dirigenti generali, alla scadenza del mandato, i propri amministratori.

Politica, nomine e aziendalizzazione

Aziendalizzazione: pi

Sono passati 14 anni dalla trasformazione in aziende di Asl e Ospedali. sulla natura giuridica delle aziende sanitarie italiane. Inoltre resta ancora e suscita perplessità anche la capacità di queste aziende di coniugare. Dopo l'editoriale dello scorso numero ne discutono, Federico Spandonaro

In alcune regioni del Sud vige un regolamento interno in forza del quale se un dipendente regionale è eletto in Consiglio, al suo ritorno al lavoro viene elevato al massimo livello consentito dall'inquadramento. Chi è senza peccato scagli dunque la prima pietra. Facendo attenzione, però, a non vedersela piovere sulla testa.

*Economista ed editorialista

Ideare una forma di azienda per la sanità (e dunque per i cittadini)

di Ivan Cavicchi*

L'azienda sanitaria è nata da:

1. un presupposto politico sbagliato (aver ritenuto che limitarsi a gestire con razionalità il consumo sanitario fosse la stessa cosa che riformarlo);
2. una grave lacuna della riforma del '78 (non si è previsto una gestione moderna delle Usl);
3. un contesto finanziario ostile (inflazione, debito pubblico, crescita continua della spesa sanitaria);
4. l'illusione che bastasse applicare il modello di azienda di produzione delle merci per governare tale delicatissimo settore;
5. l'innegabile necessità di bonificare una palude di interessi lucrativi (sprechi, improprietà, inutilità, doppioni, convenzioni, ecc.);
6. una questione istituzionale ancora oggi in via di definizione.

A distanza di circa 15 anni dalla nascita delle aziende è possibile affermare che:

- a. la prospettiva di un raddoppiamento del rapporto spesa sanitaria / Pil in quindici anni ci dice che la gestione razionale del consumo sanitario non è sufficiente a garantire nel tempo la sostenibilità economica del sistema;
- b. le politiche di compatibilità, di appropriatezza, di economicità, sono importanti perché rallentano il tasso di crescita della spesa ma insufficienti a rifinanziarlo nel tempo;
- c. la lacuna della riforma del '78 si poteva benissimo colmare dotando le Usl dello stesso apparato gestionale delle Asl ma senza per questo essere obbligati a fare delle aziende di qualsiasi tipo;

d. il modello dell'azienda di produzione delle merci in sanità è chiaramente estraneo e incompatibile con la complessità dell'esercizio della medicina e del diritto alla salute;

e. i successi più significativi dell'azienda restano quelli della razionalizzazione dei costi di produzione anche se esistono ancora vaste aree di irrazionalità da bonificare;

f. a fronte dei risultati di risparmio conseguito con l'azienda, ci siamo trovati con nuovi costi aggiuntivi che derivano proprio dal carattere di estraneità del modello di azienda con il complesso esercizio della medicina (aumento delle pratiche difensivistiche in proporzione alla crescita del rischio professionale, aumento del contenzioso legale, caduta della qualità dei trattamenti, crescita delle disuguaglianze, demotivazione degli operatori, ecc.). Questi fenomeni rappresentano costi di transazione che prima delle aziende non c'erano in misura così rilevante.

La mia tesi politica è la seguente: l'azienda come idea non è il problema, lo è però il modello di azienda che ci siamo dati. Se vogliamo, come io penso, riconfermare tale idea, è necessario pensare ad un'azienda sui generis per la sanità, cioè a sé stante, predicata da ciò che è proprio al suo genere.

Il punto principale di cambiamento riguarda sostanzialmente il modello di



IVAN CAVICCHI

governo: nell'azienda di produzione delle merci chi comanda in modo sovrano è giustamente il manager, ma nell'azienda sui generis questo non può essere dato perché per essa, per forza di cose, è necessario riconoscere l'autonomia tecnico funzionale dei medici e i diritti di cittadinanza degli "esigenti" (ex pazienti). In ragione di tale necessità la soluzione del governo clinico è ampiamente insufficiente.

Vi sono altre ragioni che giustificano la nostra proposta di azienda sui generis: le Asl hanno un evidente carattere "contro-teorici", cioè sono come se fossero aziende di produzione e nello stesso tempo non sono conformi alla teoria economica che le ispira (si pensi al povero direttore generale sempre più "am-

La Fiaso rinuncia al ruolo di lobbying e

Francesco Ripa di Meana, Direttore Generale della Asl di Piacenza, è il nuovo Presidente della Fiaso. Ripa di Meana succede a **Marco Bonamico**, attualmente Direttore Generale del Foromez, che aveva recentemente rassegnato le proprie dimissioni. Con il rinnovo della presidenza sono anche stati nominati i sette vicepresidenti: **Luigi D'Elia**, DG Az. Osp. S. Giovanni-Addolorata di Roma (vicepres. vicario); **Valerio Alberti**, DG Az. Osp. Verona; **Andrea Belloli**, DG Asl di Cremona; **Luciano Fabbri**, DG Est A.V. Toscana; **Edmondo Iannicelli**, DG Asl Venosa; **Giovanni Monchiero**, DG Az. Osp. San Giovanni Battista (Molinette) di Torino; **Francesco Tancredi**, DG Az. Osp. S. Leonardo di Salerno.

Il nuovo direttivo della Fiaso ha redatto un documento per delineare la strategia futura. Si propone di imprimere alla Fiaso una nuova analisi dei risultati raggiunti e delle nuove sfide che impongono. Il testo politico istituzionale e culturale della fondazione di Fiaso ad oggi è positivo sul progressivo stabilimento di un dialogo e "permettere" lo spazio al dialogo e "permettere" la comunità di professionisti riconosciuti. Il documento alcuni orientamen-

zione. **Il Bisturi apre il dibattito**

più di nome che di fatto

Eppure, al di là delle formule, permane una forte incertezza normativa sul terreno di vivace polemica il criterio di nomina del management per efficienza e risultati sia in termini di bilancio che di performance.

di Renato Balduzzi, Giuliano Cazzola, Ivan Cavicchi, Enrico Bollero e Renato Balduzzi

ministratore unico" e a quel che è rimasto della sua autonomia gestionale). In più le aziende soffrono del paradosso dell'impredicazione, ossia nel mentre la legge ha definito la personalità giuridica, ha ommesso di definire il carattere sui generis dell'azienda sanitaria, dando luogo ad una miriade di reinterpretazioni sul campo ad opera dei singoli direttori generali. Infine le Asl, già asfissiate dai problemi finanziari delle Regioni, omai sono sicuramente conseguenti con i loro fini di risparmio e molto meno con i loro scopi di salute e di benessere.

Resta il quesito politicamente più importante: a chi risponde l'azienda? A questo punto dobbiamo ricordarci che alla base della sanità pubblica vi è un contratto sociale in ragione del quale i cittadini pagano per avere in cambio delle tutele. In questo senso le aziende sono l'oggetto di scambio del contratto sociale, vale a dire che per la Asl promuovere la salute vuol dire adempiere ad un contratto. Esse quindi dovrebbero considerare il cittadino non più come un beneficiario ma come un contraente e per questo sentirsi un'istituzione delegata, quindi una vera e propria agenzia pubblica. In parole povere il contratto sociale per la salute prevede un cittadino (preponente) che incarica la Regione (promotrice) di promuovere per proprio conto, con l'azienda (agente), la conclusione di un contratto. "Promuovere" è cosa diversa dal "concludere". La conclusione del contratto riguarda il cittadino che nel momento in cui usufruisce della tutela è come se sottoscrivesse il contratto sociale stipulato.

Per tali ragioni non vi è dubbio che l'azienda risponde per via istituzionale alle Regioni, ma quali istituzioni delegate dai cittadini a soddisfare le loro esigenze. Purtroppo le istituzioni sia regionali che aziendali non si sentono delegate ma proprietarie. Esattamente come una qualsiasi impresa privata di produzione. Oggi si suppone un sistema fatto solamente da "promotori" (Regioni) e "agenti" (aziende) come se non esistessero "preponenti" (cittadini). Aver liquidato i Comuni, senza riuscire a trasformarli in vere agenzie per la rappresentanza sociale dei cittadini nel rispetto rigoroso delle attuali preroga-

tive regionali, ha finito con lo snaturare la dinamica democratica del contratto sociale sulla salute (non ignoro che alcune Regioni hanno predisposto le loro normative per ripescare gli E.E.L.L.). Nel "libro rosso", in distribuzione in questi giorni (*Malati e governatori: un libro rosso per il diritto alla salute, Edizioni Dedalo*), ho usato l'espressione "regionismo" per indicare una istituzione totale che allo stesso tempo è "preponente", "promotrice", "agente". Queste gravi anomalie nel sistema dei poteri vanno affrontate. La mia proposta di azienda sui generis diversamente dalle attuali Asl risponde sia al "promotore" che al "preponente", in modi ovviamente diversi.

**Docente di Filosofia della medicina e Sociologia della sanità, Università "Tor Vergata" e "La Sapienza" di Roma*

Governare l'azienda con la catena delle responsabilità

di Enrico Bollero*

Credo che l'aziendalizzazione sia stato l'unico strumento possibile per rompere la stasi della sanità italiana fondata sulle mutue. Tale soluzione partiva dalla considerazione che per garantire maggiore sostenibilità di sistema era necessario "avvicinare" i momenti della programmazione e della pianificazione con quello della gestione; l'Azienda doveva essere il "luogo" deputato a tale attività di conciliazione. L'aziendalizzazione inoltre permetteva il perseguimento di due altri obiettivi di sistema:

- 1) l'introduzione di logiche gestionali incentrate sui principi di efficienza, efficacia ed economicità, tipici del modello aziendale e certamente non lesivi dei diritti dei cittadini in quanto prima garanzia di sostenibilità di sistema e di uso appropriato delle risorse pubbliche;
- 2) l'introduzione del principio della libera scelta da parte del cittadino, che doveva determinare l'avvio di percorsi virtuosi di competizione tra i diversi soggetti erogativi a tutto vantaggio della qualità complessiva dei servizi offerti.

Detto questo, non c'è dubbio che vi siano poi state molte diverse interpretazioni dell'aziendalizzazione. Il limite maggiore di questo modello, infatti, sta nella sua personalità giuridica pubblica che male si concilia con la pretesa autonomia imprenditoriale, ribadita anche nel 229/99. La soluzione, a mio parere, sta invece nel riconoscerle le caratteristiche di "azienda speciale", per almeno due motivi. Il primo risiede nel fatto che il prodotto di questa azienda è la salute, e dunque il suo bilancio non può essere soltanto di tipo economico ma deve essere soprattutto sociale. Il secondo sta invece nel carattere di unicità del criterio di azienda utilizzato nella sanità, che è atipico rispetto a tutto il settore pubblico.

Se si tengono presenti queste caratteristiche, e dunque non si forza la mano né in direzione di un'idea di azienda che fa profitto per la sua natura non profit né sovrapponendo modelli impropri, credo che sia possibile utilizzare la formula aziendale senza bisogno di nuove riforme, ma implementando e definendo meglio gli strumenti già esistenti. L'obiettivo deve essere quello di arrivare ad un governo dell'azienda, ospedaliera o sanitaria territoriale, che non sia quello monocratico del Direttore Generale e non ripeta gli errori e gli inquinamenti dei Comitati di gestione del passato.

Per un'azienda che fornisce utility, come avviene nelle municipalizzate, occorre separare la fase di indirizzo e di programmazione, che può essere realizzata anche attraverso un organo di indirizzo affine ad un Cda, e una gestione fatta da un DG/amministratore delegato. Ovviamente questo amministratore delegato, visto che si tratta di un'azienda speciale il cui obiettivo non è economico ma sociale, deve lavorare in accordo con un sistema di responsabilità interno all'azienda, che si sviluppi dal vertice fino in basso, fino alla responsabilità individuale. In altri termini: il livello politico dà gli indirizzi generali, e definisce per grandi linee l'allocatione delle risorse, ma poi come utilizzare queste risorse e come realizzare gli obiettivi programmati è compito del DG/amministratore delegato insieme ad una "catena delle responsabilità" che oggi già esiste, ovvero: il Collegio di direzione, i Dipartimenti, il Consiglio dei sanitari, il Collegio dei revisori dei conti, i Nuclei di valutazione.

La logica da implementare è quella della responsabilità diffusa che prevede una articolazione delle funzioni e degli obiettivi che, definiti in sede di vertice strategico (cabina di regia), si dispiegherà nell'organizzazione guidando i comportamenti al fine di sostanziare il concetto prima citato di responsabilità diffusa. In questa catena delle responsabilità sta anche il cuore del problema del "governo clinico", che certo non si può sostituire al governo dell'azienda ma deve piuttosto contribuire con capacità volitiva vincolante per specifici problemi da individuare al governo dell'azienda.

Un'azienda complessa, come sono un ospedale o una Asl, non si governa per diktat, ma solo se c'è il coinvolgimento e la partecipazione di tutti alle decisioni. Ma nessuno può pensare di sostituirsi alla decisione dell'altro, altrimenti si crea un clima di continua conflittualità, ed è per questo occorre definire bene quali siano le responsabilità. Che questo nodo si risolva attraverso leggi regionali, come è già avvenuto in alcuni casi, o con una legge nazionale, questo si vedrà in futuro, con il prossimo governo.

Un'ultima considerazione, che forse può apparire "fuori tema" ma che serve a dimostrare come sia necessario andare sempre alla radice dei problemi, senza fermarsi a formule nominalistiche.

Ovunque si ripete che oggi si spende troppo per l'ospedale, mentre occorrerebbe spendere di più per il territorio. Ma nel Policlinico di Tor Vergata, che dirigo dalla sua apertura e dunque da quattro anni, vengono erogate 3 milioni e 800 mila prestazioni all'anno, delle quali almeno il 50% riguardano il territorio. La spesa relativa a queste prestazioni viene rubricata nei bilanci regionali come "ospedaliera", ma in realtà più correttamente dovrebbe essere considerata ambulatoriale, ovvero "territoriale", scoprendo così che le risorse dedicate a questo tipo di assistenza sono maggiori di quanto comunemente si valuti. Varrebbe la pena analizzare con una indagine su tutto il territorio le dimensioni del problema sono certo che molti "programmatori" ne farebbero tesoro per fornire indicazioni tecniche alla politica per le allocazioni delle risorse disponibili.

**Direttore generale Policlinico Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"*

I nemici distratti dell'aziendalizzazione

di Renato Balduzzi*

Come al solito, Cesare Fassari coglie il punto. Il problema non è se la politica sanitaria regionale (di cui la nomina dei direttori generali è un aspetto, e non dei più trascurabili) debba spogliarsi della propria natura e assumere connotazioni meramente tecnocratiche, ma quale debba essere il corretto rapporto tra la scelta fiduciaria (e dunque politica, in senso lato) del direttore e le qualità del nominato. L'aziendalizzazione, cioè il conferimento delle funzioni operative di tutela della salute e di erogazione delle prestazioni e dei servizi sanitari ad enti regionali con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale (ché di questo si tratta, e non di altro), ha trovato un suo punto di equilibrio, per quanto concerne la scelta dei vertici di tali aziende, nella combinazione tra il carattere fiduciario e senza necessità di valutazione comparativa della nomina e la natura tecnico-dirigenziale dei requisiti dei nominati.



RENATO BALDUZZI

Si potrebbe anzi dire che proprio in questo equilibrio sta il carattere di principio fondamentale delle relative norme statali (art. 3-bis del d.lgs. 502/1992, come introdotto dal d.lgs. 229/1999). A questo risultato si è arrivati nel corso degli anni '90 non senza fatica, passando attraverso i ben noti azzerramenti in via giudiziaria di numerosi Servizi sanitari regionali: la scelta alla fine fu per un sistema che responsabilizzasse al tempo stesso i vertici regionali e quelli aziendali e che costituisse la base di una catena di responsabilità capace di orientare tutta la struttura aziendale. Un sistema che, messo alla prova, ha in questi anni nel complesso retto bene, anche sul versante più delicato, quello giurisprudenziale. Basta scorrere i repertori di giurisprudenza per averne la conferma. I giudici ordinari e quelli amministrativi hanno colto l'intendimento sburocratizzante del legislatore nazionale e, senza snaturare

la prescritta dimensione pubblicistica delle aziende, ne hanno valorizzato la snellezza organizzativa (pensiamo alle tante decisioni del giudice amministrativo che hanno negato la competenza a conoscere le scelte di riorganizzazione compiute nell'atto aziendale di diritto privato, oppure alle decisioni dei giudici del lavoro sulla natura autonoma del rapporto di lavoro del direttore amministrativo o di quello sanitario) e di funzionamento (basti pensare alle pronunce che negano la competenza del giudice amministrativo in sede di giurisdizione esclusiva in materia di appalti non concernenti servizi sanitari in senso stretto e che pertanto consentono alle aziende una maggiore libertà di forme contrattuali).

Ogni discorso sull'aziendalizzazione, se non vuole essere demagogico e distratto, deve allora muovere da questa consapevolezza: il sistema ha nel suo insieme funzionato, cioè ha corrisposto all'intendimento del legislatore, il quale a sua volta esprimeva un largo consenso politico-elettorale (vale la pena di notare che l'impianto dell'aziendalizzazione è rimasto nella sostanza immutato pur nel susseguirsi delle maggioranze parlamentari e dei governi). Questo non significa che non siano possibili e anche opportuni taluni ritocchi, volti a rimodulare profili rimasti nell'ombra e a migliorare, per fare qualche esempio, il coinvolgimento dei professionisti interni all'azienda, la procedura di conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa, gli istituti e le pratiche di *clinical governance*, il rapporto tra aziende e territorio con particolare riferimento al ruolo della conferenza dei sindaci. Ma una cosa è procedere a ritocchi, altra cosa è voler rimettere in discussione l'aziendalizzazione e i suoi principi. Di questo sistema la nomina fiduciaria dei manager (e, da parte loro, dei direttori sanitario e amministrativo) costituisce un elemento portante, che è controbilanciato dai necessari requisiti di professionalità, da possedere per almeno un quinquennio nel corso dell'ultimo decennio, ciò che fa pensare a un intendimento preciso del legislatore volto a reclutare i direttori generali tra coloro che abbiano svolto di recente ruoli manageriali. Ecco allora perché la normetta, approvata dalle Camere all'interno della legge sugli Ordini professionali sanitari e consistente nell'equiparare ai requisiti di professionalità dirigenziale l'espletamento di mandato parlamentare o di consigliere regionale (si noti, a prescindere dalla effettiva durata del medesimo, dunque, in ipotesi, anche di qualche giorno o mese), appare come una rottura di quel bilanciamento e dunque una deroga al principio fondamentale ricavabile dal complesso della normativa statale. Senza contare che si tratta di norma particolarmente odiosa perché "intrusa" e "muta", cioè redatta senza preoccuparsi della sua comprensibilità in concreto da parte degli stessi parlamentari.

Che fare, ora? A parte respicenze, sempre possibili e benvenute, del futuro governo e del futuro parlamento, credo che proprio la natura di deroga al principio fondamentale dell'aziendalizzazione legittimi le Regioni a disciplinare autonomamente i requisiti per la nomina a direttore generale e dunque, se lo vorranno, a mantenere intatti i requisiti di professionalità quali disegnati nelle riforme sanitarie degli anni '90.

**Ordinario di Diritto costituzionale,*

Università di Genova.

Capo dell'Ufficio legislativo del ministero della Sanità tra il 1997 e il 1999

...e avvia un "riorientamento strategico"

so, appena insediato, ha redatto l'orientamento strategico che deriverà alla luce di una sommaria analisi, delle criticità manifestate, del cambiamento del contenzioso giuridico. Muovendo da valutazioni e giudizi del contesto politico, in cui sembra offrire sempre più spazio il consolidamento di una coerenza politica, vengono proposti nel documento alcuni indirizzi strategici. Innanzi tutto una

maggiore interlocuzione verso i diversi soggetti politici nazionali e locali "meno focalizzata su improbabili ruoli di lobbying diretta" e il "rilancio del processo di aziendalizzazione inteso come diffusione della cultura dell'innovazione nella pubblica amministrazione". In evidenza anche le attività di sviluppo di una cultura aziendale, da ricercarsi attraverso studi commissionati alle Università, organizzazione di incontri e momenti di studio, "la creazione di un inventario aggiornato delle best practices delle aziende sanitarie". Infine un rafforzamento della struttura Fiaso, come momento di raccordo tra i soci e soprattutto come rappresentanza esterna.

Antonio Mastroianni



Novità nel mondo dei generici

A gennaio scorso è stata concessa dall'Emea la prima autorizzazione della versione generica di un farmaco biotecnologico, ottenuto cioè sfruttando le tecniche di ingegneria genetica. È così che, circa una ventina di anni fa, sono stati prodotti agenti come l'ormone della crescita (Gh), l'eritropoietina (epo) o l'insulina. E ora, alla scadenza dei brevetti, si stanno affacciando sul mercato le prime versioni "equivalenti" di questi farmaci biotech. Certo, i risparmi non saranno paragonabili a quelli raggiunti dai generici tradizionali (che in alcuni casi arrivano addirittura a sfiorare il 90%) ma risulteranno più contenuti a causa dei maggiori investimenti comunque necessari per la loro produzione (anche se i più ottimisti sperano in un abbattimento dei costi di circa il 30-40%).

Se l'arrivo del generico nel biotech è una vera novità, la scadenza del brevetto italiano del lansoprazolo, l'inibitore della pompa protonica commercializzato da Takeda con il nome commerciale Lansox non dovrebbe destare stupore. Ma la decisione dell'azienda permette di fare altre considerazioni relative al mondo dei farmaci equivalenti. Takeda Italia ha infatti annunciato che la sua molecola verrà venduta allo stesso prezzo dei generici corrispondenti che presto sbarcheranno sul mercato. Eppure, nonostante questo, l'azienda si impegna a continuare a fornire sostegno al suo farmaco. "Takeda intende garantire la qualità e la sicurezza del farmaco perché sa che la continuità terapeutica e la fedeltà al prodotto sono valori importanti da salvaguardare per la sicurezza dei pazienti, soprattutto in caso di terapie croniche - spiega Maurizio Castorina, amministratore delegato dell'azienda -. Nonostante la riduzione del prezzo, quindi, Takeda Italia manterrà inalterata l'attività di ricerca e di monitoraggio post-marketing".

Da un lato perciò la scadenza del brevetto rappresenta per il Ssn l'opportunità di risparmiare oltre il 45% rispetto alla spesa attuale, dall'altro i pazienti potranno continuare a disporre, al prezzo di un generico, di un farmaco che gode di tutta l'attenzione di una grande azienda, spiegano i dirigenti Takeda. Non abbandonando il farmaco al suo destino, la società ha quindi deciso di assumere una posizione controcorrente rispetto all'atteggiamento del mercato. In genere le molecole off-patent perdono quote di mercato a favore di farmaci della stessa classe il cui brevetto non è ancora scaduto o a favore di molecole appartenenti a classi terapeutiche più innovative. Si cerca cioè di spostare le prescrizioni su questi nuovi agenti (in tutti i casi si tratta di terapie più costose) vanificando quindi il potenziale risparmio che verrebbe dal prezzo ridotto del generico. "Rifiutando un tale atteggiamento, Takeda - conclude Castorina - darà l'avvio a una nuova politica farmacoeconomica, quella della 'sostenibilità dei costi' e cioè prezzo ridotto a un livello compatibile con un'attività di ricerca e di monitoraggio post-marketing, un modello alternativo e vantaggioso per la salute di ogni singolo paziente e per le casse dello Stato".

Accordo regionale sul Fsn 2006, ma slitta la Stato-Regioni

Le Regioni "adulte" trovano l'accordo sul riparto

Il 10 marzo scorso, proprio mentre Francesco Storace presentava le sue dimissioni, le Regioni hanno definito come dividere tra loro i circa 93 miliardi che la Finanziaria 2006 assegna al Ssn. "Grazie al senso di responsabilità di tutte le Regioni - commenta Enrico Rossi, coordinatore della Commissione Salute delle Regioni - si è superata la proposta del ministro Storace che assegnava a Liguria, Lazio, Toscana e Calabria meno finanziamenti del 2005".

di Eva Antoniotti

Enrico Rossi è soddisfatto del risultato raggiunto e sintetizza così il percorso compiuto nei due giorni di Conferenza straordinaria delle Regioni, il 9 e 10 marzo scorsi, dedicata interamente alla discussione sul riparto dei Fondi assegnati alla sanità per l'anno in corso: "La proposta del ministro pareva congegnata perché le Regioni non raggiungevano un accordo: il fondo 2006 penalizzava le Regioni con popolazione anziana, il miliardo concessivo per i grandi deficit andava solo a tre Regioni, Lazio, Campania e Sicilia, e i due miliardi di euro per il pregresso si dovevano dividere con un rigido pro-capite, oltretutto legato alla questione delle liste d'attesa. C'era il rischio che si finisse tutti contro tutti, ma la nostra proposta invece ha consentito di trovare l'accordo, confermando che le Regioni sono adulte nel governo della sanità".

"Questo è il segno di una grande capacità delle Regioni di lavorare con una visione di sistema che ha consentito a ciascuno di trovare una sintesi positiva" conferma il presidente della Con-

ferenza delle Regioni, Vasco Errani, aggiungendo che "questo è ancora più vero quest'anno visto che, per la prima volta, è stata registrata una crescita zero del Fondo sanitario nazionale".

Le Regioni, infatti, contestano le affermazioni del Governo su una grande crescita delle risorse assegnate alla sanità e lamentano invece la sottostima delle risorse necessarie per garantire pienamente i Lea, cui si aggiungono i 4,5 miliardi di euro necessari a coprire i costi del 2004 e i soldi che serviranno per far fronte ai rinnovi contrattuali e agli arretrati che ne sono conseguenza.

L'accordo sul Riparto proposto dalle Regioni avrebbe dovuto tradursi in un'Intesa Stato-Regioni lo scorso 16 marzo, ma le dimissioni del ministro e il conseguente interim al presidente del Consiglio hanno fatto slittare l'incontro al prossimo 28 marzo. In discussione, oltre al riparto del Fsn che dovrebbe restare invariato alla proposta regionale, anche le Intese sul Piano sanitario nazionale 2006-2008 e quella sul Piano nazionale per le liste d'attesa: i due miliardi di finanziamenti ac-

cordati per ripianare i debiti al 2004 sono infatti vincolati anche alla sottoscrizione da parte delle Regioni di questi due documenti.

Se trovare un accordo sul Psn sembra non troppo problematico, malgrado le proteste di parte regionale per non essere stati consultati in fase di elaborazione del documento e le molte osservazioni di merito presentate e in gran parte accolte, più complessa è invece la questione legata agli interventi sulle liste d'attesa. Secondo il piano messo a punto da Storace erano ben 100 le prestazioni per le quali occorreva fissare i tempi massimi di attesa e rimborsare i cittadini in caso di eccessivi ritardi, mentre le Regioni propongono di intervenire solo su 30 prestazioni, sottoponendo a monitoraggio serrato le rimanenti 70 ed elaborando successivamente le azioni da compiere sulla base dei dati ottenuti. E dall'incontro con il sottosegretario alla presidenza del Consiglio Gianni Letta, che seguirà questa trattativa, sono arrivati, secondo Rossi, "segnali di disponibilità" che fanno sperare in una conclusione positiva.



Il pulpito traballante

Impossibile non disquisire sulla semantica dei vari detti popolari in tema di coerenza, pulpiti, prediche e modo di razzolare. Spiego. Chi negli ultimi anni ha inferto i tanti svariati tagli all'industria farmaceutica, ministero della Salute su tutti, è sembrato più volte appoggiarsi all'alibi morale, forse inconscio, a volte esplicito, della presunta illegalità dei com-

portamenti delle industrie stesse. Come se l'Istituzione preposta, dovendo risparmiare sulla spesa, intervenisse con meno remore su una Industria sospettata di malversare per ottenere prescrizioni ed altri vantaggi. Anzi acquisendone pure consenso popolare, vista la pessima vulgata delle farmaceutiche. Insomma, punizioni per gli sgarri sull'etica. Al netto della fondatezza delle accuse alle industrie, il principio è ineccepibile. Una esemplare lezione di rigore luterano, un fulgido esempio di morale calvinista, una limpida esegesi di filosofia weberiana. Cosa succede, però, se l'occupante del pulpito dal dito alzato e dallo sguardo severo si trova poi, pur dichiarandosene estraneo, citato su tutti i giornali nell'ambito di vicende di dubbia moralità, come avvenuto per addirittura entrambi

i ministri della Salute di questa legislatura? Di qui l'inevitabile esercizio sui verbi popolari di cui sopra. Sia chiaro, nessuno è colpevole fino ad eventuale giudizio definitivo. Ma allora anche le industrie del farmaco vanno trattate con lo stesso prudente metro. Certo qualche azienda ricorre troppo spesso nelle cronache. E non suona bene che promuova dirigenti maggiormente accusati di corruzione o associazione per delinquere. Ma questa è una industria, non l'Industria. Insomma, l'"alibi" morale della presunta scorrettezza di qualche impresa per meglio colpire tutto il settore già non si reggeva da sé. Tanto meno tiene ora che il pulpito da cui si impartiscono le morali sembra traballare pericolosamente.

*Docente e consulente aziendale
fabrizio.gianfrate@unife.it

segue dalla prima pagina

"L'obiettivo è abolire la legge 40"

do migliore di difendere le conquiste del passato è quello di non giocare in difesa, di fare passi avanti. La proposta di legge presentata dalla rosa nel Pugno prevede: piena possibilità di ricorso alla RU486, tempi certi per l'attesa dell'intervento (che regolarmente sfiorano di termini ordinatori a causa della difficoltà nel trovare non-objettori), apertura della possibilità di praticare aborti nelle strutture private, campagna di informazione e facilitazione nell'accesso agli anticoncezionali.

Come proseguirà l'iniziativa radicale per la difesa del diritto alla ricerca scientifica?

Con il congresso straordinario dell'associazione Luca Coscioni, dal 21 al 23 aprile a Roma, per rimettere subito al centro dell'agenda politica l'abolizione della legge 40 su fecondazione assistita e ricerca sulle cellule staminali embrionali (www.lucaoscioni.it). Abbiamo anche aperto un fronte di lotta transnazionale, contro il blocco dei finanziamenti europei alla ricerca sulle staminali.

Quali sono i possibili interlocutori su queste tematiche all'interno del-

L'Unione?

Il suo popolo, la sua base. Se i vertici dell'Unione non continuassero a ignorare l'opinione del loro elettorato, sarebbe stato impossibile fare - come invece è stato fatto - un programma che nemmeno menziona la parola "fecondazione assistita", o la parola "cellule staminali", per non parlare di un'altra grande battaglia di civiltà, quella per la legalizzazione dell'eutanasia, contro l'eutanasia clandestina. Se l'opinione pubblica sarà raggiunta dalle nostre proposte, allora anche i partiti diverranno interlocutori.

(S.S.)

Numeri

Il riparto del Fsn 2006 secondo le Regioni

L'ipotesi di suddivisione del Fondo formulata dalla Conferenza delle Regioni. I circa 10 miliardi restanti sono risorse vincolate dal Ministero per progetti o investimenti speciali.

Piemonte	6.748.045.430
Valle d'Aosta	95.164.728
Lombardia	4.025.353.153
Bolzano	423.297.813
Trento	371.884.529
Veneto	7.009.150.886
Friuli	867.690.337
Liguria	2.694.512.178
Emilia Romagna	6.492.378.645
Toscana	5.668.228.203
Umbria	1.354.588.691
Marche	2.347.638.364
Lazio	8.348.360.227
Abruzzo	2.003.777.459
Molise	512.465.455
Campania	8.692.147.097
Puglia	5.989.010.459
Basilicata	916.916.641
Calabria	3.051.486.364
Sicilia	4.361.330.806
Sardegna	1.752.957.436
Italia	83.726.384.900

(Fonte: Il Revisore. Foglio di politica e buon governo, 13 marzo 2006)

Lettere al bisturi

Scrivi a:
Redazione "Il Bisturi"
Italpromo-Esis Publishing
Via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
e-mail: ilbisturi@ihg.it



Il Bisturi

Quindicinale di politica sanitaria

DIRETTORE RESPONSABILE
Cesare Fassari

REDAZIONE

Eva Antoniotti (coordinamento);
Lucia Conti, Mariano Rampini,
Stefano Simoni, Riccardo Tomassetti

COLLABORATORI

Giuliano Cazzola, Fabrizio Gianfrate,
Antonio Lepre, Marina Loi, Emma Martellotti,
Silvia Procaccini, Antonio Mastroianni, Vincino

PROGETTO GRAFICO

AReA Antonio Romano e Associati

IMPAGINAZIONE

Daniele Lucia, Barbara Rizzuti

Segreteria di redazione: Arianna Alberti

00147 Roma - Via Vittore Carpaccio, 18

Tel. 06.6465031 Fax 06.64650328

http://www.ie-p.it

e-mail: ilbisturi@ihg.it

Illustrazioni tratte da:

"L'Encyclopédie de Denis Diderot";

"Handbook of early advertising art, Clarence P. Hornung"

ABBONAMENTI

Annuo € 31,00 (L. 60.000),

prezzo singolo copia € 1,55 (L. 3.000)

copie arretrate € 3,00 (L. 6.000)

EDITORE

ITALPROMO ESIS PUBLISHING

SEDE LEGALE

00154 Roma, via del Commercio 36

STAMPA

TECNOSTAMPA SRL

Via le Breccie - 60025 Loreto (An)

Registrazione Tribunale di Roma n. 33 del 24/01/1997

Diritto alla riservatezza: "Il Bisturi" garantisce

la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati

nel rispetto della legge 675/96

PERIODICO ASSOCIATO

ANES

Finito di stampare il 22 marzo 2006

TOR VERGATA

Nessun aiuto al pronto soccorso

Mi chiamo Gianni Tocca ed abito a Frascati. Mentre ero in casa ho mosso male il ginocchio destro e da allora non cammino più, mio fratello e mia moglie mi hanno portato al Pronto soccorso di Tor Vergata. Visitatelo questo pronto soccorso, ma non come giornalisti bensì come pazienti. Allora vedrete la fila di gente all'accettazione dove si aspetta di essere ascoltati dagli addetti allo smistamento dei malati, poi la seconda e più lunga fila di gente all'interno, un corridoio ed un salone dove se siete una persona malata verrete infilati in un letto e giacerete in un salone che dividerete con altre decine di persone che aspettano su una sedia a rotelle e nell'attesa vedrete lo spettacolo della sala del pronto soccorso con la porta spalancata, dove medici ed infermieri mostrano come si effettuano interventi sui pazienti reduci da incidenti stradali, che urlano e imprecano per il dolore. Andateci come pazienti e farete parte di quella schiera di gente che aspetta di farsi togliere una siringa infilata in un braccio alle sette di mattina e vi sentirete dire che debbono ripetere il prelievo del sangue perché la provetta è andata persa. Non provate a chiedere nulla ad un infermiere, neanche di andare al bagno! Una sola sala gessi, una sola sala di pronto soccorso, un solo medico e tanta tanta gente in un ambiente dove regnava maleducazione, strafottenza, suscettibilità e menefreghismo da parte di medici e infermieri. Ho circa 60 anni ho sempre lavorato fuori dall'Italia, principalmente in Paesi del cosiddetto terzo mondo, ed ho visitato molti ospedali. Ma questi Paesi, almeno per quanto riguarda le cure mediche balzano avanti a noi. Non c'era niente del genere a Teheran, ad Isfahan, a Sharm el Sheick, a Bengasi, a Bagdad, a Bahrain, a Sharjah, a Dubai, ad Abu Dhabi. Ho visto di peggio solo in alcuni ambulatori di Hannaba, in Algeria, e nella regione del Sind in Pakistan, ma erano ambulatori di medici privati in zone molto povere.

Dopo alcune ore dopo il mio arrivo in questo pronto soccorso, e dopo l'ennesima richiesta di un antidolorifico, ho iniziato a chiedere aiuto ma per la grande maleducazione e permalosità del personale ho preferito andar via. Ora telefono a vari ambulatori medici convenzionati.

Gianni Tocca

